



DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr.P.H
Director

State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

**ИНФОРМАЦИЯ ОТ ПРОГРАММЫ «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» (FAMILY PACT)
УПРАВЛЕНИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ ШТАТА КАЛИФОРНИЯ
УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ОБРАЩЕНИЯ С ЛИЧНОЙ
ИНФОРМАЦИЕЙ**

Дата вступления в силу: 14 апреля 2003 г.

В данном Уведомлении изложен порядок использования и раскрытия Вашей медицинской информации, а также порядок получения Вами такой информации. ПРОСИМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕКСТОМ ДАННОГО УВЕДОМЛЕНИЯ.

Вы и ВАША личная информация

Информация о Вашем здоровье носит конфиденциальный характер и не подлежит разглашению. Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» должна сохранять конфиденциальность Вашей медицинской информации. Мы получаем Вашу информацию, когда Вы обращаетесь к нам за получением медицинского обслуживания. Когда Ваши врачи, дантисты, клиники, сотрудники лаборатории и больницы обращаются к нам с просьбой утвердить и оплатить Ваше медицинское обслуживание, они предоставляют нам информацию. Мы обязаны предоставить Вам данное Уведомление о соответствующем законодательстве, определяющем порядок сохранения нами конфиденциальности Вашей медицинской информации и Ваши права.

Внесение изменений в Уведомление о порядке обращения с личной информацией

Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» должна соблюдать правила данного Уведомления. Мы вправе вносить изменения в принятый у нас порядок обращения с личной информацией и применять его в отношении документации Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ». В случае внесения изменений мы издадим данное Уведомление в новой редакции и незамедлительно предоставим его лицам, участвующим в Программе «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ».

Порядок использования и раскрытия нами ВАШЕЙ медицинской информации

Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» и работающие с нами люди/учреждения обязаны соблюдать соответствующее законодательство о порядке использования и раскрытия нами Вашей медицинской информации. Ваше имя, адрес, личные данные, медицинская документация, а также Ваша история болезни могут быть использованы или раскрыты только в целях, связанных с реализацией Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ», кроме тех случаев, когда мы вынуждены раскрыть информацию по закону. Такими причинами могут быть:

- Утверждение права на получение медицинского обслуживания по программе, а также его объема
- Утверждение, предоставление и оплата медицинского обслуживания по Программе «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ»
- Случаи расследования или предъявления иска, касающиеся Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» (например, мошенничество)

Ниже приводятся примеры того, как мы можем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию в целях лечения, оплаты и решения административных задач:

1. **В целях лечения:** Вы можете нуждаться в медицинском обслуживании, связанном с репродуктивной функцией. Такое лечение должно быть предварительно утверждено Программой «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ». Мы получаем и раскрываем эту информацию третьим лицам,

чтобы гарантировать Вам такое медицинское обслуживание, которое Вам необходимо.

2. **В целях оплаты:** Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» и другие сотрудничающие с нами лица/учреждения получают, проверяют, утверждают, оформляют и оплачивают направляемые нам счета за предоставленное Вам медицинское обслуживание в области репродуктивной функции. При этом мы раскрываем информацию врачам, лабораториям, клиникам и другим лицам/учреждениям, выставляющим нам счета за предоставленное медицинское обслуживание.
3. **Для решения административных задач:** Мы можем использовать информацию, содержащуюся в Вашей медицинской документации, для проверки уровня качества предоставляемого Вам медицинского обслуживания в области репродуктивной функции. Мы также можем использовать ее в аудиторских проверках, в программах по борьбе с мошенничеством и жестоким обращением и для планирования Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» и управления ею.

Использование Вашей медицинской информации в других целях

Мы можем быть вынуждены раскрыть Вашу медицинскую информацию по распоряжению суда или по требованию закона. Мы передадим эту информацию суду или адвокату, если она относится к деятельности Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ». Эти дела могут быть связаны с мошенничеством или действиями по возврату денег от ответственных по закону третьих сторон в тех случаях, когда Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» оплачивала счета за Ваше медицинское обслуживание.

Вы или Ваш врач, больница и др. можете обжаловать решения Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ», принятые в отношении требований оплаты за предоставленное Вам медицинское обслуживание. Для принятия решений по этим требованиям может использоваться Ваша медицинская информация.

Когда необходимо письменное разрешение?

Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» может использовать или раскрывать Вашу информацию в строго определенных случаях. Если Программе «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» понадобится использовать Вашу медицинскую информацию в целях, отличных от указанных выше, мы будем обязаны получить на это Ваше письменное согласие. Если Вы дадите нам такое письменное согласие или разрешение на использование или раскрытие Вашей информации в других целях, Вы сможете отозвать свое согласие или разрешение в письменном виде в любое время.

ВАШИ ПРАВА НА НЕПРИКОСНОВЕННОСТЬ ЧАСТНОЙ ЖИЗНИ, ПРЕДУСМАТРИВАЕМЫЕ ЗАКОНОМ

Вы имеете право:

- Вы имеете право просить нас о том, чтобы мы не использовали и не передавали Вашу личную информацию, которой располагает Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ», в указанных выше случаях. Мы не всегда можем удовлетворить такие просьбы.
- Вы имеете право просить Программу «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» о том, чтобы мы связывались с Вами только в письменной форме либо по другому адресу, абонентскому ящику или номеру телефона. Мы удовлетворим разумные запросы в случаях, когда это будет необходимо для обеспечения Вашей безопасности.
- Вы имеете право знакомиться и получать копии информации, которой располагает о Вас Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ». Тот, кто имеет законное право действовать от Вашего имени (Ваш правопреемник), также может знакомиться и получать копии такой информации вместо Вас. Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» располагает информацией о праве на получение обслуживания по данной программе, информацией о счетах за предоставленное Вам медицинское обслуживание, а также медицинской информацией о состоянии Вашей репродуктивной функции, используемой нами для утверждения предоставления Вам медицинского обслуживания в области репродуктивной функции или его организации. Вам будет выслана анкета для заполнения и взыскана плата за издержки, связанные с копированием документации и ее пересылкой по почте. Мы можем отказать Вам в ознакомлении с некоторыми частями Вашей документации в случаях, предусмотренных законом.
- Вы имеете право просить о внесении изменений в Вашу документацию, если в ней содержится неверная или неполная информация. Мы не всегда можем удовлетворить Ваш запрос о внесении изменений, если такая информация создана или хранится вне Программы «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ», или если она уже полная и точная. Вы можете просить о пересмотре нашего отказа или написать нам и сообщить о своем несогласии с нашим решением. Ваше заявление будет сохранено в Вашей документации по Программе «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ».
- Когда мы раскрываем Вашу медицинскую информацию не в целях лечения, оплаты или

решения административных задач по Программе «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ», Вы имеете право просить о предоставлении Вам перечня фактов с указанием кому, когда, на каком основании и какая именно информация была передана.

- Вы имеете право запросить распечатку данного Уведомления о порядке обращения с личной информацией. Вы также можете ознакомиться с текстом данного Уведомления на нашем веб-сайте: www.familypact.org.

Как связаться с нами, чтобы получить более подробную информацию?

Если Вы хотите воспользоваться какими-либо из прав на неприкосновенность частной жизни, указанными в данном Уведомлении, пожалуйста, позвоните или напишите нам по следующему адресу:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732, MS 4722
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 или (877) 735-2929 (TTY/TDD)

Чтобы получить экземпляр данного Уведомления на другом языке или в альтернативном формате, в том числе отпечатанный рельефно-точечным шрифтом Брайля для слепых или шрифтом увеличенного размера для слабовидящих, на аудиокассете или дискете, позвоните или напишите Инспектору по вопросам конфиденциальности по указанному телефону или адресу.

ЖАЛОБЫ

Если Вы считаете, что Ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, и хотите подать жалобу, Вы можете сделать это, написав или позвонив по следующему адресу:

Privacy Officer
CA Department of Health Services
P.O. Box 942732, MS 4722
Sacramento, CA 94234-7320
(916) 255-5259 или (877) 735-2929 (TTY/TDD)

или

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
50 United Nations Plaza, Room 322
San Francisco, CA 94102

(800) 368-1019

ОТСУТСТВИЕ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ

Если Вы подадите жалобу или воспользуетесь какими-либо правами на неприкосновенность частной жизни, указанными в данном Уведомлении, Вы можете сделать это, не опасаясь каких-либо неблагоприятных последствий. Программа «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» не может лишить Вас права на льготное медицинское обслуживание или оказать на Вас влияние каким-либо другим образом.

ВОПРОСЫ

Если у Вас возникли какие-либо вопросы, связанные с данным Уведомлением, и Вы хотите получить более подробную информацию, просим Вас связаться с Инспектором по вопросам конфиденциальности Управления здравоохранения по указанному адресу и телефону.

*****ВНИМАНИЕ*****

ПРОГРАММА «СЕМЕЙНОЕ СОГЛАШЕНИЕ» НЕ РАСПОЛАГАЕТ ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ. ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ ОЗНАКОМИТЬСЯ С ВАШЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ, ПОЛУЧИТЬ КОПИИ ВХОДЯЩИХ В НЕЕ ДОКУМЕНТОВ ИЛИ ВНЕСТИ В НЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЖИТЕСЬ С ВАШИМ ВРАЧОМ ИЛИ КЛИНИКОЙ.